SOINS INFIRMIERS EN SANTE MENTALE

Publier sur internet par : 

SOINS INFIRMIERS EN SANTE MENTALE

Elaboré par :

Mlle. EL YAZGHI MOUBACHIR CHARIFA

- **Objectif** :

- Décrire le rôle infirmier devant les pathologies mentales.

plan

- Introduction ;
- Normes de pratique en soins infirmiers en psychiatrie;
- Spécificités des soins infirmiers en psychiatrie ;
- Démarches de soins infirmiers ;
- Le rôle infirmier devant les troubles anxieux ;
- Le rôle infirmier devant les troubles de la conduite alimentaire

- Le rôle infirmier devant les troubles induits par une substance ;
- Le rôle infirmier devant les troubles de l’humeur
- Le rôle infirmier devant les troubles psychotiques a caractère aigue ;
- Le rôle infirmier devant les troubles psychotiques a caractère chronique ;

INTRODUCTION

- Les soins infirmiers en psychiatrie est une spécialité reconnu par l’ordre des infirmiers et infirmières du Québec.

- Cette spécialité est centrée fondamentalement sur l’utilisation de l’alliance thérapeutique.

- Elle vise la promotion de la santé mentale, la prévention et traitement des troubles mentaux, la réadaptation à la suite d’un dysfonctionnement.

- L’évolution marquée en psy oblige les infs en psy à maintenir et accroitre leurs compétences;

- Et adapter en conséquence la formation des infs en SM.

- <u>**Sante mentale :**</u>

- La santé mentale est définit comme l’état d’équilibre psychique d’une personne à un moment donné, s’apprécie, entre autre, à l’aide des éléments suivants :

1. Le niveau de bien-être subjectif
2. L’exercice des capacités mentales;
3. La qualité des relations avec le milieu

Elle résulte d’interactions entre des facteurs de trois ordres :

1. Des facteurs biologiques
2. Des facteurs psychologiques
3. Des facteurs contextuels

- la psychiatrie est une branche de la médecine qui s’intéresse à l’étude, au diagnostic, au traitement et à la prévention des troubles mentaux.

- Les maladies mentales touchent la psyché (âme). Le patient est affecté dans son intégralité sur le plan des émotions et des sentiments et sur le plan intellectuel (pensée, raisonnement, jugement).

- Ces maladies retentissent parfois sur le corps et perturbent le sujet dans sa vie sociale, dans son comportement avec autrui et avec l'environnement.

- L'infirmier, en psychiatrie, applique son rôle propre et son rôle sur prescription. Il peut déléguer des taches aux aides soignants mais il en est toujours responsable.

- Titulaire d’un Diplôme d’IDE en Psychiatrie ou bien, titulaire d’une Licence, d’un Masters ou d’un Doctorat en soins infirmiers option santé mentale.

- IL Dispense les soins infirmiers en santé mentale(DSI), Organise, anime les différentes rencontre multidisciplinaire et interdisciplinaires

Buts des soins infirmiers en S.M

Participation active :

- À la promotion de la santé mentale
- À la prévention
- Au traitement des troubles mentaux,
- À la réadaptation à la suite d'un dysfonctionnement.

NORMES DE PRATIQUES EN SOINS INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE

- Ces normes de pratique reflètes les valeurs, les priorités et les critères d'excellence qui ont cours dans cette profession;

- Les étapes de la démarche de soins ont été établies par **l'américan nurses association**

- **Norme 1 : Collecte des données**
- **Normes II : Diagnostic infirmier**
- **Norme III : Détermination des résultats escomptés**
- **Normes IV : Planification**
- **Normes V : Excécution**

Norme 1

Collecte des données:

* Recueil des données :

Au cours d'un entretien avec le patient afin d'obtenir l'information pertinente pour prendre les décisions concernant la situation de celui ci.

Par :

Observation

Communication

Analyse

Etablissement des priorités.

Norme 2

Diagnostic infirmier:

* Analyse les données dans le but de poser le diagnostic :

Identifier les besoins, les problèmes ou les troubles psychiatriques .

Norme 3

Détermination des résultats escomptés :

Précision des objectifs visés pour chaque patient par le TTT et les soins.

*les objs doivent être clairs, réalistes, atteignables, mesurables et centrés sur les besoins du patient.

Planification

Norme 4

* Elaboration d'un plan de soins qui détaille les interventions retenues pour atteindre les objs ou les résultats escomptés

* Un plan de soins individualisé comportant un ordre de priorité est établis en collaboration avec le patient ou ses proches.

*les membres de l'équipe soignante doivent s'en inspirer et le modifier en fonction de l'évolution de l'état du patient.

Exécution

Norme 5

Réalisation des interventions inscrites au plan de soins

- Intervention selon le degré de formation et de l'expérience

•*Sélection des interventions en fonction des besoins du patient.

Spécificités des soins infirmiers en psychiatrie

- Le soin infirmier se base sur l'articulation de trois notions essentielles en psychiatrie :

  - le soin infirmier et le travail singulier.
  - le soin infirmier et le travail en équipe.
  - le soin infirmier et le cadre institutionnel.



A. Le soin infirmier et travail singulier

- Dans la répartition du travail infirmier, le soin technique représente 25% du temps de travail.
- Les 75% restants se résument en 10 points :



La fonction d'observation :

- Du patient sur le plan clinique (dépression, délire, repli…), sur le plan de l'autonomie (toilette, écriture, repérage spatial et temporel, gestes du quotidien…) et sur le plan de l'adaptation à la vie communautaire (liens familiaux, amicaux, sociaux, institutionnels…)

La fonction de permanence ;

- C’est d’assurer la permanence du soin et l’infirmier est le dépositaire de cette continuité soignante grâce à une présence régulière et continue.

- Cela se traduira dans la réponse que l’infirmier pourra donner devant une situation urgente, nouvelle, ou devant un comportement très habituel et quotidien, ou encore en respectant un silence, une intimité.

La fonction de répétiteur

- A tous les instants de la vie de l'unité de soins, l'infirmier est amené à répéter, en scandant le déroulement régulier de l'institution, en donnant un sens au temps qui passe.



La fonction d’improvisation

- Le quotidien dans l’unité est autant fait de répétition que d’imprévu.
- Une tension, une détresse ou une admission inopinée obligent l’infirmier à s’adapter.
- Il est ici question de créativité, de réponse personnelle, de ressenti et d’adaptation.

Help!

La fonction « clown » :

- En agissant de façon humoristique, l'infirmier déplace la scène, propose une autre vision au patient de ce qui pouvait l'angoisser.

La fonction d'étayage :

- Soutenir, étayer sont des fonctions propres à l'infirmier.
- Il pourra s'agir d'un accompagnement pour aider le patient dans son face à face à la réalité.

La fonction d’attention

- C’est d’être le seuil de la relation à l’autre, sans imposer sa présence à l’autre.
- L’infirmier porte aussi son attention à la vie de l’unité, une attention vigilante pour que tout se passe bien dans cette vie communautaire.
- Il s’agit là d’une régulation du groupe et d’une protection de chacun.

La fonction d’information :

- L’infirmier doit saisir l’information pour la transmettre.

- **La fonction réponse**

- La réponse pré établie comprend l’énoncé du cadre de soin et le rappel du cadre institutionnel et la réponse non établie traduit notre singularité, se souligne par l’importance de dire « je », de se positionner, c’est à ce niveau que se fait le soin.

- **La fonction d’écoute**

- Ecouter, c’est donner existence à l’autre.

- C’est la fonction la plus difficile, s’élaborant avec l’expérience du soignant.

- Il y a 2 niveaux d’écoute, le premier est de l’ordre de l’entendre, le second est de l’ordre d’essayer de comprendre ce que le patient tente de nous communiquer.

- **B. Le soin infirmier et travail d’équipe**

- Le collectif ne peut exister qu’avec la participation des infirmiers qui le composent.
- Pour cela, il faut une qualité d’ambiance relationnelle avec une dimension empathique, une distance relationnelle et un environnement suffisamment bon.
- Travailler en équipe, c’est d’abord développer un sentiment d’appartenance, c’est passer du - je - infirmier au nous équipe infirmière.

- La relation thérapeutique se fait en référence au groupe soignant.

- La créativité groupale s’appuie sur la relève, les transmissions formelles ou informelles, la circulation des sentiments et des affects de chaque infirmier.

- Chaque soignant doit posséder un partage des valeurs soignantes communes, une croyance en l’humain et dans les valeurs de l’humanité, une répartition fonctionnelle et hiérarchique qui autorise une souplesse de chacun, une tolérance vis-à-vis du cadre institutionnel.

C. Le soin infirmier et le cadre institutionnel

- Il convient de ménager un espace de parole où l'infirmier s'autorise et se sente autorisé par le cadre institutionnel à revenir sur les éléments de celui-ci.
- Pour qu'il y ait soin infirmier, il faut que la prescription se parle, que la cohésion de l'équipe respecte la singularité de chaque soignant.

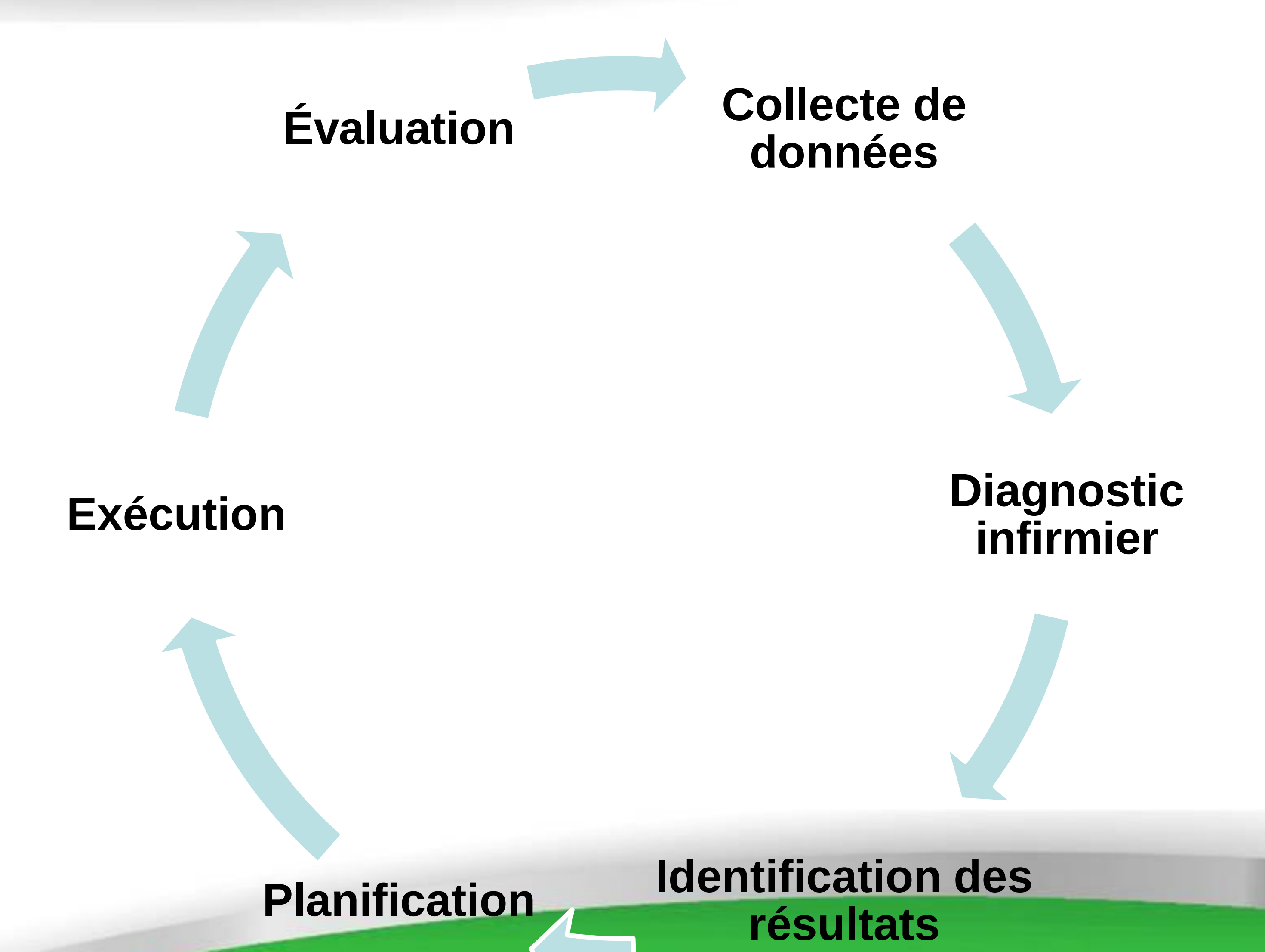
- L’équipe doit penser le bon cadre institutionnel: c’est un ensemble de principes et de règles de fonctionnement créateurs d’un environnement sécurisant.

Démarche de soins infirmiers

- La DSI est une méthode structurée qui fait ses preuves . Elle comprend une série d’étapes et d’intervention planifiées qui permettent aux infs d’évaluer et de traiter les réactions humains par rapport aux problèmes de santé actuels ou potentiels;

- La DSI se caractérise par une approche cyclique, multidimensionnelle et permanente et elle s’incorpore dans le plan de traitement des réactions fluctuantes du client.

Les phases de la démarche de soins infirmiers



1. Collecte de données

C'est la phase la plus décisive = Recueil d'un grand nombre de données sur l'état de santé global du patient.

Comment ?

Par :

- L’étude du dossier et des rapports
- L’observation des interactions de comportement verbal et non verbal
- **L’entretien**

Quelles données

- Données physiques,
- Données psychologiques,
- Données sociales et culturelles.
- Données spirituelles, sexuelles et données relatives à l'état mentale et au développement;

- Cette méthode comprend un CR subjectif des symptômes et des troubles que présente le sujet ainsi que des observations objectives de l’inf : apparence, comportement, activité, attitude, langage, humeur et affects, perceptions, pensées, état de conscience, jugement, fiaibilité …………

2. Diagnostic infirmier

- DI ont été définis comme un jugement clinique sur les réactions de l'individu face aux problèmes de santé actuels ou potentiels.

- C'est un outil dont l'inf doit se servir pour choisir les interventions de soins qui lui permettront d'atteindre ses objectifs et de rendre compte des résultats obtenus.

- Les DI sont élaborés à partir des données recueillies.

- Les diagnostics infirmiers sont consignés par écrit et décrivent l’état de santé d’un individu et les altérations actuelles ou potentielles.

- <u>Les étapes du DI :</u>

a. Raisonnement diagnostique .

b. Définition des problèmes de santé .

c. Enoncés limitatifs .

d. Principes de caractéristiques .

e. Diagnostic de type risque .

3.Résultats escomptés

- Les signes et les symptômes relevés au cours de la phase de collecte de données visent à établir des DI, mais ils servent également à formuler les résultats pour l’amélioration ou la résolution de problème

- Exp :

- DI : Déficit de soins personnels :

  se laver / effectuer ses soins d'hygiènes,

  se vêtir ou soigner son apparence.
- Relié à la phase aigue de l'état psychotique.
- Manifestations: apparence négligée, déficit de soins personnels.
- Résultats escomptés: apparence propre et soignée, se laver et fait sa toilette.

PLANIFICATION

- Au moment de la planification, on sélectionne les interventions de soins infirmiers en fonction des facteurs de risques décelés chez le patient.
- Processus de planification:

➢ Détermination des priorités en matière de soins;

➢ Coordination entre les intervenants

➢ Délégation des responsabilités selon la compétence de l'équipe soignante et en fonction des besoins du patient.

5.Exécution

- Durant cette phase, l'inf met en place les interventions prescrites à la phase de planification:
- En tenant compte de :

- La sécurité générale.
- Le suivi de la médication et de ses effets.
- L'alimentation et l'hydratation adéquates.
- L'environnement thérapeutique.

- Il faut, donc :
- Établir des rapports fondés sur l’estime,

la confiance et la dignité

- Promouvoir la communication et les habiletés sociales;
- Recourir à la famille et aux réseaux d’aide communautaires
- Prévenir les récidives en planifiant efficacement la sortie d’hôpital.

6.Évaluation

- Elle doit s'effectuer régulièrement, comme prévu selon les critères de résultats, en tenant compte avant tout des capacités et de l'état du patient.
- L'inf compare l'état psychique présent du patient avec celui qui est décrit dans les critères de résultat.
- On peut juger l'efficacité ou l'inefficacité des soins infirmiers selon le degré d'atteinte des résultats.



Principales pathologies psychiatriques et rôle infirmier .



Les troubles anxieux

Le rôle infirmier devant le TROUBLE PANIQUE ET ANXIETE GENERALISEE (NA)

- Le **TP** correspond à la survenue répétée de 4 attaques de panique en 4 semaines ou une AP suivie d’une anxiété anticipatoire d’au moins un mois .

  Celle-ci est la peur d’avoir une AP .

Le **TAG** C’est « la peur de la peur ». C’est un état de tension anxieuse sur une période d’au moins 6 mois caractérisée par la survenue involontaire d’inquiétudes relatives à des événements négatifs , portant sur la vie quotidienne et dont le patient surestime la probabilité de survenue. Les ruminations caractéristiques de l’anxiété généralisée sont incontrôlables, portent sur des sujets variables, s’accompagnent de symptômes d’hyper-vigilance et des symptômes fonctionnels chroniques

L’hospitalisation est indiquer si :

- Il existe un doute sur une origine organique
- La crise ne cède pas malgré un traitement adapté
- La crise révèle une pathologie psychiatrique aigue
- Raptus suicidaire

1. Collecte de données

- L'anxiété est, le plus souvent observable que verbalisée par le patient lors d'un entretien .
- **2. Diagnostic infirmier :**
- Peur / Anxiété / Angoisse.
- Stratégie d'adaptation individuelle inefficace.
- Perturbations des interactions sociales.
- Perturbation de l'estime de soi.
- Perturbation de la dynamique familiale
- Perturbation des habitudes de sommeil

• RÉSULTATS ESCOMPTÉS :

- Une diminution significative du nombre de manifestations physiologiques, cognitives, comportementales et émotionnelles de l’anxiété;
- Utilise des stratégies d’adaptation efficaces;
- Manifeste une capacité accrue à prendre des décisions et à résoudre les problèmes;
- Prouve sa capacité à fonctionner de façon adaptée en étant soumis à des états anxieux légers.

4 – PLANIFICATION :

- Maitrise de sa propre anxiété
- Prise en charge globale du patient

EXECUTION :

- Dès l'admission, il est important d'écarter une réelle affection somatique.
- Se renseigner sur les ACTD psychiatriques du TP .
- Savoir si l'angoisse n'est pas là, le premier signe d'une psychose.
- Observer les signes qui manifestent de l'anxiété et de l'angoisse:

  - sentiment d'insécurité
  - crise d'angoisse: majoration des signes somatiques.
  - hyper-agitation
  - sentiment de doute, d'appréhension et de craintes

- Hyperémotivité
- Asthénie et hyper fatigabilité
- Trouble somatiques: tachycardie, sensation de vertiges ….

- Déceler avec le PT les moments déclenchant de l'angoisse, pour savoir si celle-ci liée à des causes particulières.

Soins techniques et surveilleance ;

- Prise de constantes (pouls, TA, température)
- Administrer le traitement et s'assurer de la prise effective .
- Noter les effets secondaires du traitement.
- Retirer les objets présentant un danger .

Soins relationnels :

- installer le patient dans une chambre calme, reposante, sécurisante .
- Avoir une présence rassurante auprès du patient .
- Maintenir une relation de confiance pour lui permettre d’exprimer sa douleur.
- Proposer au patient des exercices de respiration et des séances de relaxation pour l’aider à retrouver son calme, à s’apaiser.

Soins éducatifs :

Convaincre le PT à :

- Modifier ses mauvaises habitudes en supprimant les excitants du système nerveux central, pour prévenir ou réduire les manifestations physiques de l'anxiété;
- Faire des activités physiques et sportives (marche, natation) et des activités d'expressions manuelles .
- Enseigner au patient comment différencier l'anxiété rattachée à des objets ou à des sources identifiables (maladie, pronostic, hospitalisation) de l'anxiété pour laquelle il n'existe pas d'objet ni de source directement reconnaissable pour maitriser son trouble.

- Renseigner le patient sur les stratégies de réduction de l’anxiété:
  - ➢ Relaxation progressive,
  - ➢ Exercices de respiration profondes
  - ➢ Concentration sur un unique objet situé dans la pièce
  - ➢ Ecoute de musique douce ou de cassettes de relaxation.

- Aider le patient à repérer les personnes-ressources pouvant l’aider à accomplir des taches personnelles et des activités que les circonstances actuelles (hospitalisation) rendent difficiles.

EVALUATION

- L'inf doit évaluer les progrès du patient par apport aux résultats escomptés durant chacune de ces interactions avec ce dernier.

- S'il ne réalise pas des progrès satisfaisants, l'inf modifiera le plan de prévision des résultats ou de ces interventions.

Le rôle infirmier devant le Tr . PHOBIQUE

- La **Phobie** se définit comme une crainte angoissante déclenchée par un objet ou une situation ou une personne n'ayant pas eux-mêmes un caractère objectivement dangereux. Cette crainte est reconnue excessive et illogique par le sujet qui prend néanmoins plusieurs mesures pour ne pas y être confronté.

- l’angoisse disparait en l’absence de l’objet ou de la situation. Le sujet est constamment en état d’alerte et d’hyper-vigilance.
- On distingue 3 types de phobies :
  1- L’agoraphobie ;
  2- La phobie social ;
  3- Les phobies simples ou spécifiques ;

- **DIAGNOSTIC INFIRMIERS PREVALANTS :**

- Anxiété .
- Timidité excessive, sentiment de gêne et de culpabilité .
- Peur .
- Stratégie d’adaptation individuelle inefficace.
- Perturbations des interactions sociales.
- Perturbation de l’estime de soi.
- Perturbation de la dynamique familiale.
- Perturbation des habitudes de sommeil.
- Perturbation dans l’exercice du rôle.

- # <u>EXECUTION :</u>

- Eviter dans les premiers temps la confrontation avec l’objet phobogène.
- Observer les <u>signes cliniques</u> :

- discours restreint.
- conduite d’évitement.
- attitude passive avec inhibition lors des contacts sociaux.
- recherche de réassurance, de points de repères.
- réaction anxieuse marqué face à l’objet ou la situation phobogène.
- conscience total de la nature absurde et excessive de ses phobies.

- Ecoute attentive pour aider le patient à verbaliser.
- Identifier et réduire les agents anxiogènes.
- Etablir relation soignant-soigné pour soutenir le patient psychologiquement.
- Administrer les médicaments et surveiller les effets secondaires ainsi que leurs efficacité.
- Faire participer le patient à des activités de relaxation.

- **Soins techniques :**
  - S’assurer de la prise effective des médicaments, noter leurs efficacités et prévenir le médecin des éventuels effets secondaires.
  - Prise des constantes : TA, T, pouls .

- **Soins relationnels :**
  - L’écoute attentive du patient favorisera la verbalisation des angoisses du patient.
  - Créer une relation d’aides thérapeutique afin de réduire les agents anxiogènes.

- **Soins éducatifs :**
  - Informer la patient des différents thérapies telles que la psychothérapie, la psychanalyse, les thérapie comportementales …

Le rôle infirmier devant le Tr.obsessionnnel compulsif

- Le **TOC** est constitué des obsessions et/ou compulsions récurrentes qui sont sévères pour entrainer un sentiment de souffrance. L’obsession est une irruption d’une idée, d’une pensée, ou d’une représentation dans l’esprit du sujet contre sa volonté. les compulsions ce sont des actes répétitifs qui s’imposent au sujet et qu’il ne peut s’empecher d’accomplir, sous peine d’etre angoissé. La coexistence de ces symptômes, présentent de façon durable et répétée et invalidante le trouble obsessionnel compulsif.

- Le trait commun des obsessions et des compulsions est qu’elle :

- S’impose de façon répétitive et persistante.
- S’accompagne d’un sentiment de lutte anxieuse.
- La reconnaissance du caractère irrationnel ou disproportionné par le patient.

3.2 Résultats escomptés

Le client:

- Participe activement aux stratégies apprises pour faire face à l'anxiété et réduire les comportements obsessionnels-compulsifs;
- Manifeste une maitrise de soi accrue aux pensées envahissantes et aux comportements rituels;
- Prouve sa capacité à s'adapter efficacement lorsque la rumination ou les rites sont interrompus;

- Passe moins de temps à pratiquer des activités anxiogènes et utilise ce temps à accomplir les activités de la vie quotidienne et à participer aux activités sociales ou de loisirs;

- Surmonte avec succès les périodes de stress accru en reconnaissant que les pensées, pulsions et images sont involontaires, réduisant l'anxiété liée aux sentiments de culpabilité.

- L’hospitalisation en psychiatrie est indiquer lorsque les troubles est invalidantes ou lorsqu’il existe une décompensation dépressive.
- **Surveiller le risque suicidaire lors des hospitalisations .**

DIAGNOSTIC INFIRMIER PREVALANTS :

- Asthénie.
- Anxiété.
- Sentiment de dévalorisation.
- Replis sur soi.
- Conflit décisionnel.
- Trouble de la sexualité.
- Intolérance à l’activité.

EXECUTION ;

La personnalité de l'obsessionnel à certains constantes que l'infirmier doit observer :

❖ La pensée compulsive :

- Tics;
- Stéréotypie;
- Gestes conjuratoires;
- Agitation psychomotrice;

❖ Observer les signes évoquant la psychasthénie: (fatigue intense physique et psychique, impuissance à agir, timidité)

- ❖ Respecter les rituels du patient pour éviter l’apparition de l’anxiété.
- ❖ Une attitude calme et compréhensive semble être la meilleure manière de répondre à l’angoisse du patient. Cela lui permet de verbaliser son anxiété.
- ❖ Administrer le traitement médicamenteux et surveiller ses effets indésirable et son efficacité.

- Éviter de juger ou de désapprouver le comportement de la personne soignée;
- Éviter la confrontation face au comportement rituel;
- Ne pas exercer de pressions pour changer le comportement rituel;
- Permettre le rituel sans faire de remarques désobligeantes ou tenter de le faire cesser;
- Prévoir suffisamment de temps pour terminer les rituels;
- Aider la personne soignée à établir un emploi du temps pour ses activités quotidiennes et à s’engager dans des activités constructives;

- Éviter d’introduire trop de changements dans les habitudes quotidiennes;
- Donner du soutien à la personne soignée pour terminer ses activités, particulièrement celles qui sont nouvelles;
- Rassurer la personne soignée et l’aider à vivre des moments de relaxation et de plaisir;
- Aider la personne soignée à identifier les moyens de faire face à son anxiété et aux pensées répétitives qui en découlent;

- Donner la rétroaction à la personne soignée à propos de l’expression de l’obsession, et l’aider à parler ouvertement de sa signification;
- Apprendre à la personne soignée différentes façons de faire face aux conséquences de ses comportements rituels;
- Apprendre à la personne soignée des techniques pour empêcher les pensées indésirables;
- Apprendre à la personne soignée à se récompenser pour tout comportement non rituel.

Soins et surveillance :

- l'infirmier observe la prise du traitement et les effets secondaires.il informe le patient des effets indésirables du traitement .

Soins relationnels :

- L'écoute attentive du soignant favorisera la verbalisation des angoisses du patient car il est important que le sujet puisse parler de ce qui l'angoisse et de ses scrupules. Cela a toujours pour résultats un apaisement et une dédramatisation de la situation pathologique.

Soins éducatifs :

- Informer le patient des différentes thérapies possibles hors institutions telles que la psychothérapie, la psychanalyse, les thérapies comportementales ou la relaxation. L'essentiel est d'amener le patient à désirer un traitement plus approfondi qui l'aidera à connaitre l'origine de ses troubles.

6. ÉVALUATION

- Les échelles d’évaluation clinique fournissent une méthode permettant de mesurer les changements des symptômes sur une période donnée;
- Ces changements peuvent être le fruit d’interventions particulières;
- L’inf doit évaluer les progrès du client par rapport aux résultats escomptés durant chacune de ses interactions avec ce dernier;
- S’il ne réalise pas des progrès satisfaisants l’inf modifiera alors le plan de prévision des résultats ou de ses interventions.

Le rôle infirmier devant l'ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

- Les **ESPT** sont des troubles organisés et déterminés, occasionnés par un traumatismes soudain et violent.

- La personne a fait l’expérience ou a été témoin d’un événement ont des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou menacés de mort ou durant lequel son intégrité physique a été menacés.

- Elle se caractérise per un délai d'installation p/m long, svt silencieux sur le plan symptomatologique.
- On observe des réactions de stresse avec décharges émotionnelle intense et signes neurologiques accompagner de tr. de comportement, avec agitation/ stupeur.
- Des réactions névrotiques et anxieuses .

Le syndrome de répétition :

- A l’état de veille, il se manifeste par des ruminations conscientes, des reviviscences traumatiques ou flash back, des souvenirs hallucinatoires et des gestes de défense.
- Dans les rêves, sous forme de cauchemars ou le sujet revivre l’événement traumatisant.

- **Les symptômes spécifiques :**
- Tr. Fonctionnels ;
- Hypochondries ;
- Accidents de conversion hystérique ;
- Dépression ;
- Phobies : investissant les objets et les circonstances liées au traumatismes ;

• Diagnostics infirmiers :

- Anxiété .
- Réaction post-traumatique .
- Peur.
- Perturbation des habitudes de sommeil.
- Perturbation des interactions sociales.
- Perturbation d’adaptation individuelle inefficace.
- Perturbation de l’estime de soi.
- Perturbation dans l’exercice du rôle.

3.3 RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Le client:

- Manifeste de l’intérêt pour sa sécurité personnelle en commençant à verbaliser ses inquiétudes;
- Participe activement aux réunions du groupe de soutien;
- Connait et sollicite un bon réseau de soutien;
- Prend ses propres décisions pour répondre à ses besoins de santé;
- Utilise des stratégies d’adaptation aux manifestations d’anxiété, comme les techniques de respiration, les exercices d’autorelaxation progressive, la substitution de pensées, d’images et de souvenirs réduisant les manifestations d’anxiété et renforçant les comportements d’affirmation de soi.

PLANIFICATION:

- Evaluation du niveau de sa propre anxiété
- Maitrise de sa propre anxiété
- Prise en charge globale du patient

- **EXECUTION :**

- **Au moment de l'accueil** du patient, se renseigner sur les antécédents psychiatriques du patient.
- Observer les signes manifestes d'anxiété et d'angoisse.
- Déceler avec le patient les moments déclenchant de la peur.
- Axer essentiellement le soin en faveur de la réassurance :

  - permettre au patient d'exprimer son angoisse .

  - avoir une écoute attentive et disponible.
- Administrer les médicaments et noter leurs effets.

Durant l’hospitalisation:

❖ Observation par l’équipe de l’évolution des troubles du patient depuis l’admission :

- - souffre-t-il d’insomnie? Fait-il des cauchemars ?
- - existe-il des moments favorisant l’angoisse ou l’anxiété?
- - son état fait-il apparaitre des symptômes phobiques face à certains situations ?
- - éprouve-t-il le besoin de parler, ou au contraire reste-il dans un état de repli?

- Evaluation régulière de l’état d’anxiété du patient, ainsi que de son comportement.
- Mise en place d’activités favorisant l’expression des affects, de l’angoisse.
- Groupe de parole permettant l’échange soignant/soigné
- Activité picturale favorisant l’expression par le graphisme

- Entretien individuel avec l’infirmier pour évaluer l’état psychologique du patient afin d’affiner le projet de soins en fonction de la personnalité du patient et permettre au patient de se confier à un référent .
- Préparation psychologique du patient en fonction de sa sortie prochaine, notamment si l’hospitalisation de longue duré représentait pour lui un lieu absolu de sécurité. En effet, le patient peut se trouver face à de nouvelle angoisses, hors d’un milieu protégé.

- Profiter des visites de la famille du patient pour que, par le biais du dialogue, s’ouvrent toutes les questions et problèmes qui pourraient se rencontrer dès le retour à domicile.
- Observer l’état d’angoisse du patient les jours précédent la sortie définitive.
- Informer le patient du suivi extrahospitalier prévu, et favorisera l’expression de ses appréhensions par le dialogue.
- Informer le patient sur le traitement prescrit lors de sa sortie

- **<u>Le suivi extra-hospitalier :</u>**

- La continuité du soin est fondamentalement pour l'avenir du patient à la sortie de son hospitalisation, plusieurs solutions peuvent lui être proposées :

- S'engager dans une psychothérapie ;
- Avoir la visite régulière d'un infirmier dans le but d'un soutien thérapeutique .

Le rôle infirmier devant LES TROUBLES HYSTERIQUES

- La **<u>névrose hystérique</u>** est caractérisé par des symptômes somatiques et des symptômes psychiques, sans lésions anatomiques sous jacents .
- Demande affective intense et multiple auprès des autres, Peur panique de la solitude, inhibition sexuelle associée à des comportements émotionnels, discours théâtral, besoins de réassurance.

DIAGNOSTIC INFIRMIERS :

- Altération de la perception sensorielle
- Perturbation des interaction sociales
- Perturbation de la sexualité
- Perturbation de l’estime de soi
- Stratégie d’adaptation individuelle inefficace
- Perturbation de la dynamique familiale

EXECUTION :

❖ Observer les signes de cette pathologie mentale :

- Attitude séductrice ;
- Exagération des comportements, comme des critiques ;
- Instabilité émotionnelle ;
- Recherche permanente de marques d'intérets, de compliment, de réassurance ;
- Mouvements affectifs exagérés et disproportionnés ;
- Discours théâtrale ;
- Exagération des tenues vestimentaires ;
- Caractère instable et emporté ;

- Favoriser son expression et lui organiser des activités planifiées.
- Aider le patient à reconnaitre ses changement d’attitude et d’humeur.
- Informer le médecin des éventuels changements qu’a subit le patient.
- Instaurer une relation d’aide thérapeutique.
- Avoir une attitude sécurisante.

- **<u>SOINS TECHNIQUES</u>** :

- Prise des constantes : pouls, TA, T ……….
- Administrer et s'assurer de la prise effective les médicaments.
- Isoler le patient en cas de crise hystérique.
- Savoir quel rôle joue le soignant pour le patient: repère, spectateur, relais pour atteindre le médecin. L'hystérique tend souvent à instaurer une relation privilégiée avec le partenaire médical pour ignorer le rôle infirmier.

- **Soins relationnels** :

➢ La juste mesure de la relation soignant-soigné est la première prise en compte de l’équipe soignante. Il ne s’agit pas de prendre le patient pour un simulateur, mais plutôt de savoir qu’il s’agit là d’une attitude de défense pour masquer la souffrance intérieure .

- **Soins éducatifs ;**

- savoir qu'un patient hystérique a souvent beaucoup de difficulté à gérer son affectivité. Il est donc sensible à la suggestion, et à tout ce qui lui est dit.
- L'identification au soignant peut devenir pour lui sont premier recours de guérison. L'infirmier en tiendra compte dans sa relation au patient .

LES TROUBLES DE L'HUMEUR

L’Humeur est définit comme : Disposition affective de base, qui donne à chacun de nos état d’ame une tonalité agréable ou désagréable; oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur .

Les TH se regroupe autour de 2 pôles :

- L’ un dépressif ;
- L’ autre maniaque ;

- **LES EPISODES DEPRESSIFS** :

- La dépression est caractérisée par un sentiment de tristesse pathologique, un sentiment d'inutilité, d'impuissance et d'incapacité à faire face aux événements et aux changements affectifs.
- on observe une perte des centres d'intérets et de plaisir, sentiment de désinvestissement du monde extérieur. Le risque majeur est le risque suicidaire .

- **L’ACCES MANIAQUE :**

- C’est un état d’excitation de l’humeur caractérisé par une accélération globale des processus des activités physiques et psychiques du sujet ainsi que des troubles somatiques consécutifs à l’agitation motrice .

- **Le Trouble Bipolaire :**

❖ Est caractérisé par la survenu d’un épisode maniaque, qu’il y est ou non d’épisode dépressif .

1. COLLECTE DE DONNÉES

- La collecte de données comprend des informations sur le problème énoncé et l’état mental, les antécédents psychiatriques, les antécédents sociaux, familiaux et la santé physique;

- les informations que donnent le client peuvent être minimes ou inexactes, en raison d’un dysfonctionnement cognitif, d’un changement de l’humeur ou de troubles comportementaux;

- Un proche peut être une source importante d’informations lorsque l’inf doute de la fiabilité du client;

- Il peut être nécessaire d’avoir des entretiens courts et directifs si le client a des difficultés comportementales ou cognitives.

2. Diagnostic infirmier

DI POUR LA DÉPRESSION

- **altération de la communication verbale.**
- **Fatigue**
- **Perte d'espoir**
- **Connaissances insuffisantes**
- **Alimentation déficiente ou excessive**
- **Perte d'élan vital**
- **Sentiment d'impuissance**
- **Diminution de l'estime de soi**
- **Déficit de soins personnels: se laver, effectuer ses soins d'hygiène, se vêtir, soigner son apparence, s'alimenter**
- **Dysfonctionnement sexuel**
- **Habitudes de sommeil perturbées**
- **Interactions sociale perturbées**
- **Risque de violence envers les autres**
- **Risque de violence envers soi**

DI POUR LA MANIE

- Communication verbale altérée
- Stratégies d'adaptation défensives et inefficaces
- Dynamique familiale perturbée
- Non observance du traitement
- Alimentation déficiente
- Perturbation de l'estime de soi
- Trouble de la perception sensorielle
- Habitudes de sommeil perturbées
- Risque de violence envers les autres
- Risque de violence envers soi

3. Résultats escomptés

- Les résultats de SI pour les clients souffrants de troubles de l’humeur sont les comportements et les réponses à court et à long terme qui indiquent une amélioration du fonctionnement;

Le client	
• sera en sécurité et hors du danger •Verbalisera ses idées de suicide et s’engagera à ne pas nuire aux autres ni à lui-même •Verbalisera l’absence d’intention ou de plans de suicide ou d’homicide •Exprimera le désir de vivre et de ne pas nuire aux autres •Fera des plans d’avenir réalistes, en verbalisant des sentiments d’espoir •Effectuera ses points personnels selon ses capacités, son état de santé et son stade de développement •Développera des stratégies pour pallier un sommeil inadéquat •Établira un programme de repos et d’activités qui lui permettra de remplir son rôle et d’effectuer les auto soins nécessaires	•Aura des interactions sociales satisfaisantes avec des proches ou des pairs •Participera à des activités du milieu, du groupe et de la communauté •Signalera l’augmentation de la communication et de la résolution de problèmes avec les membres de la famille pour ce qui est des questions liées à

Le client	
•Décrira les informations sur sa maladie , y compris l'évolution de celle-ci et ses manifestations, ainsi que les ressources disponibles •Identifiera les médicaments, leur action, leur posologie, leurs effets secondaires, leurs effets thérapeutiques et les soins personnels spécifiques •Adhérer à son plan de TTT et développera des stratégies d'adaptation	•décrira des stratégies d'adaptation pour répondre aux agents stressants en tenant compte de ses forces et de ses limites •Signalera une augmentation de son estime et de sa confiance en soi •Entreprendra des activités et adoptera des attitudes qui favorisent la confiance, l'appartenance et l'acceptation

4. PLANIFICATION

- La planification des soins demande non seulement la participation du client, mais aussi celle de ses proches et des autres soignants;
- Les DI posés à partir de données d'évaluation permettent de planifier des interventions visant à atteindre les objectifs désirés pour le client.

5. EXÉCUTION

- Des interventions à cour terme à l’hôpital ou dans la communauté visent en premier lieu à éviter les actes autodestructeurs, à promouvoir la santé physique; à surveiller les effets des médicaments, l’interaction sociale, l’estime de soi, la compréhension de la maladie et de son TTT, l’observance du TTT, la planification de la sortie de l’hôpital, la continuation ou l’arrêt des services.

Les interventions de soins infirmiers

•Évaluer la tendance suicidaire •Maintenir un environnement sur et sans danger au moyen d'une surveillance étroite et fréquente pour réduire le risque de violence •Développer une relation de confiance avec le client pour l'aider à accepter de communiquer davantage ses pensées et ses sentiments •Aider le client à verbaliser ses sentiments pour promouvoir une frome de communication saine et expressive •Connaitre le système de soutien social du client et encourager le client à l'utiliser pour réduire l'isolement et la solitude, préalables possibles au désespoir	•Féliciter le client pour ses tentatives d'alterner activités et interactions avec les autres afin d'encourager la socialisation •Surveiller les ingesta et les excréta liquidiens du client, les apports en aliments, et les poids afin d'assurer une nutrition et une hydratation adéquates, un poids proportionnel à la taille et aux besoins du métabolisme •Promouvoir les activités de soins personnels, parmi lesquels les bains, l'habillement, l'alimentation et la mise personnelle afin de renforcer le fonctionnement du client et d'augmenter son estime de soi

Les interventions de soins infirmiers

•Aider le client à se fixer des attentes et des objectifs quotidiens pour favoriser son encadrement et réduire la confusion ou l'anxiété •Planifier des activités de soins personnels aux heures où le client a davantage d'énergie pour augmenter la tolérance à l'activité et réduire la fatigue au minimum •Réduire le choix d'habillement et les taches à effectuer pour faciliter le processus de prise de décision, et augmenter les choix au fur et à mesure que le client s'améliore du point de vue cognitif	•Évaluer le processus cognitif et perceptuel du client pour établir avec précision l'existence de délire ou d'hallucinations pouvant être troublants ou nuisibles pour le client •Aider le client à reconnaitre les pensées négatives et autodestructrices et à les remplacer par des pensées réalistes afin de promouvoir des pensées plus exactes, plus positives sur soi •Encourager le client à participer à des groupes thérapeutiques qui donnent de la rétroaction pour recadrer sa pensée grâce au soutien des autres

Les interventions de soins infirmiers

•Fournir des directives et des informations claires et simples dans un environnement offrant peu de stimuli afin d'encourager la focalisation, l'attention et la concentration avec un minimum de distractions •Informer le client et ses proches sur la maladie et le TTT afin de de réduire au minimum les sentiments de culpabilité et les remords que le client et sa famille pourraient ressentir par rapport à la maladie •Augmenter progressivement les niveaux d'activités et d'exercices afin de réduire la fatigue et d'augmenter la tolérance à l'activité	•Détecter les sources de stress externes et aider le client à s"y adapter de façon plus efficace afin de réduire les agents stressants et de promouvoir des mécanismes d'adaptation •Bien informer le client souffrant de dépression sur le trouble et sur les symptômes pour diminuer les sentiments d'inadéquation, réduire les sentiments e culpabilité et augmenter les connaissances de base de la maladie; •Bien informer le client souffrant d manie sur le trouble et les symptômes pour diminuer les sentiments d'inadéquation , diminuer la culpabilité et augmenter les connaissances de base des effets de la maladie

- **La PEC devant l’accès maniaque :**
- L’accès maniaque est une indication d’hospitalisation en milieu spécialisé.
- La difficulté de PEC réside dans l’abord d’un pt en phase maniaque: une attitude trop proche entrainera de sa part des réactions familières, une attitude trop distante ou très ferme entrainera des réactions agressives. Il s’agit de trouver le juste milieu en s’adaptant aux réactions et à la participation de chaque patient.

- Pendant l’accès maniaque, il est difficile de dialoguer avec le patient .
- Essayer tant que possible de contenir ses débordements dans la limite du convenable ; veillez à gérer la désinhibition sexuelle : le pt ne voit aucun : inconvénient à se promener nu ; imposer fermement l’habillement.

- Après l’accès , il est important que le pt trouve auprès de lui la présence rassurante du personnel soignant, car la prise de conscience de ses attitudes entraines des sentiments de honte et de culpabilité .

- Soins de surveillance :
- La surveillance représente une part importante du rôle infirmier : augmenter la vigilance lors de la prise des médicaments que le pt aura tendance de le cacher puisqu'il ne se sent pas malade: observer la tolérance des autres pts face au maniaque: son agitation peut provoquer des réactions agressives à son égard, être attentif à ces moments et savoir intervenir.

- <u>SOINS TECHNIQUES :</u>
- Etre vigilant quand à la quantité de l’alimentation et de l’hydratation du maniaque : pendant les repas; il peut continuer à déambuler ou parler et d’ oublier de s’alimenter .
- Protéger les intérêts et les biens du pt. En effet, dans son exaltation il pourra distribuer toutes ses affaires, et signer n’importe quel papier.
- A l’admission, une sauvegarde de justice est souvent demandée.

6. Évaluation :

- Les inf évaluent les progrès des clients en mesurant le degré de réalisation des objectifs établis;
- Les observations personnelles, les déclarations des clients, les commentaires de la famille, les autres soignants servent à mesurer les résultats ou l’absence de résultat;
- L’évaluation se fait tout au long de l’hospitalisation et peut être poursuivie à la sortie .

- Les infs travaillant auprès des clients dans la communauté constatent des améliorations dans les objectifs à long terme: retour à des activités normales, réduction des pensées négatives, augmentation de l’estime de soi, reprise des rôle familiaux, observance du TTT;
- L’inf doit être attentive à tout signe d’un état dépressif;
- Un suivi attentif après le retour dans la communauté est impératif pour les clients souffrants de troubles bipolaires.


Les troubles de
LA CONDUITE ALIMENTAIRE

L’ANOREXIE MENTALE :

- L’AM est une affection grave de durée longue engageant le pronostic vital, et dont la PEC est aussi délicate .
- Une conduite de restriction alimentaire volontaire .
- Refus de maintenir le poids au niveau ou au dessus d’un poids santé minimum pour l’âge et pour la taille;

- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale;
- Altération de la perception du poids et de la forme de son propre corps, influence excessive du poids et de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle;
- Chez les femmes post pubères, aménorrhée, c à d absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs.

- **BOULIMIE :**
- Les conduites boulimiques sont des épisodes d’ingestion massive, incoercible de quantités importantes de nourriture hypercalorique généralement accompagnés de culpabilité et parfois suivie de vomissements provoqués ou d’une prise de médicaments amaigrissants .
- Crises de boulimie surviennent en moyenne au moins deux fois par semaine pendant trois mois;

1. Collecte des données

- La CD auprès des clients souffrants des troubles de l’alimentation demande des habiletés exceptionnelles d’observation;
- Les premières minutes de l’entretien sont cruciales car les premières impressions donnent le ton à l’ensemble de l’expérience thérapeutique;

- Les clients atteints de ce trouble sont très sensibles et jugent rapidement s’ils peuvent faire confiance aux autres ou non;
- Si une alliance thérapeutique peut être établis immédiatement, bien des conflits pourront être évités.

2. DIAGNOSTIC INFIRMIER

A.M

- **Risque pour la santé et la sécurité**
- déficit nutritionnel;
- Risque de température corporelle anormale;
- Pseudo-constipation;
- Déficit du volume liquidien;
- Retard de la croissance et de développement;
- Alimentation déficiente;
- Risque d'automutilation;
- Aménorrhée ;

- **Troubles de la perception, de la cognition et des émotions**
- Anxiété liée à la peur de prendre du poids
- Image corporelle perturbée;
- Perte d’espoir;
- Sentiment d’impuissance;
- Diminution de l’estime de soi;
- **Problèmes pour communiquer et pour entrer en contact avec autrui**

- Dysfonctionnement sexuel;
- Interactions sociales perturbées;
- Isolement social;

- **Perturbations des stratégies d’adaptation**
- Stratégies d’adaptation familiales invalidantes;
- Stratégies d’adaptation inefficaces;

- **Besoins en enseignement du client et de sa famille:**
- Connaissances insuffisantes sur la nutrition et les effets secondaires des comportements anorexiques;
- Non observance du processus de réalimentation

- **DI pour la boulimie**

- Risque d'excès nutritionnel ;
- Perturbation de l'image ;
- Anxiété ;

3. RÉSULTATS ESCOMPTÉS

L'anorexie mentale

La cliente:

•Participera à des rencontres thérapeutiques avec l'équipe soignante;

•Absorbera une quantité de calories adéquate en fonction de son âge, de sa taille et de ses besoins métaboliques

•Retrouvera son cycle menstruel normal;

•Aura visiblement amélioré son image corporelle par une perception plus réaliste de son physique et de sa taille;

•Utilisera des stratégies d'adaptation plus efficaces pour régler les conflits

•Surmontera plus facilement les

•Exprimera sa prise de conscience des problèmes psychologiques sous jacents;

•Atteindra un poids santé en fonction de son âge, de sa taille et de ses besoins métaboliques;

•Considérera que son poids et sa silhouette sont normaux et acceptables;

•Retrouvera intérêt sexuel et un comportement sexuel appropriés à son âge;

•Ne se livrer plus à des rituels alimentaires, et n'éprouvera plus d'obsession pour la nourriture ni de peur de la nourriture;

3. RÉSULTATS ESCOMPTÉS

La boulimie

La cliente:

- participera à des rencontres thérapeutiques avec l'équipe soignante;
- Maintiendra des niveaux normaux de liquides;
- Absorbera une quantité de calories normale en fonction de son âge, de sa taille et de ses besoins métaboliques;
- Cessera les crises de boulimie suivies de vomissements durant l'hospitalisation;
- Utilisera des stratégies d'adaptation individuelles plus efficaces pour régler les conflits;
- Surmontera plus facilement les difficultés familiales ;
- exprimera sa prise de conscience des problèmes psychologiques sous jacents
- Arrêtera complètement les crises de boulimie suivies de vomissements et les régimes;
- Considérera que son poids et sa silhouette sont normaux et acceptables;
- Résoudra ses problèmes familiaux et les autres questions sous jacentes.

4. PLANIFICATION

- Le plan de soins doit inclure une collaboration constante de la cliente, de sa famille et de l’équipe interdisciplinaire;
- Du fait qu’il ya un risque d’échec du traitement.

5. EXÉCUTION

Les interventions infirmières

•Fournir un environnement sécuritaire pour assurer la sécurité et prévenir les comportements violents;
•Évaluer les risques de suicide: idéation suicidaire, comportement, projet , pour prévenir l'automutilation ;
•Établir une alliance thérapeutique avec la cliente pour encourager la libre expression des idées et des sentiments, y compris les intentions d'autodestruction;
•Recouvrer un poids optimal ou un poids santé et un équilibre nutritionnel grâce à un programme comportemental pour promouvoir la santé et le bien être;
•L'anorexie nécessite une réalimentation, des compléments alimentaires et une alimentation par gavage au besoin;

•La boulimie requiert que les repas soient prescrits par un diététiste et que l'inf reste auprès de la cliente pendant l'heure suivant chaque repas pour éviter les vomissements provoqués;
•Créer un environnement structuré et favorable, comportant des limites claires, cohérentes et fermes pour établir une routine et favoriser un contrôle interne dont la cliente ne dispose pas encore;
•Mettre au point un plan de comportement incluant des objectifs de poids (1,5 kg/sem), des objectifs d'absorption de nourriture (prendre 75% de tous les repas) et des conséquences en fonction de l'observance;

Les interventions infirmières

•Inciter la cliente à exprimer ses pensées, ses sentiments et ses inquiétudes concernant son corps et son image corporelle. Afin de dépasser les sentiments de honte et de culpabilité ;
•Inciter la cliente à se rappeler les expériences positives concernant la nourriture .
•Adopter une approche à la fois chaleureuse et détachée , sans se montrer trop sympathique , ni avoir une attitude de confrontation pour établir les limites ;
•Intervenir sur le plan de l'anxiété de la cliente en associant à ces sentiments d'anxiété des besoins non comblés (conflits inconscients);
•Donner à la cliente une rétroaction positive et la féliciter lorsqu'elle suit le plan du traitement;
•Inciter la cliente à participer à des interactions thérapeutiques et à des groupes thérapeutiques;
•Amener la cliente à détecter les problèmes qui réduisent son estime de soi :peur de grandir, dysfonctionnement familial;
•Discuter avec la cliente la façon dont son obsession concernant la nourriture;
•Collaborer avec les diététiciens pour enseigner à la cliente une façon de s'alimenter adaptée à sa taille afin de corriger les informations erronées sur la taille et le poids idéaux ;

Les interventions infirmières

•Collaborer avec le travailleur social, le médecin et les autres membres pour assurer une cohérence dans l'exécution du plan de soins;

•Enseigner des stratégies d'adaptation à l'aide de thérapie variées pour susciter des pensées réalistes ; des sentiments et des stratégies d'adaptation et aider la cliente à réaliser qu'il est irrationnel de croire qu'en perdant du poids on résout ses problèmes;

•Informer la cliente, sa famille et ses proches des caractéristiques du trouble , du traitement des symptômes et de la prévention ;

•Sensibiliser la famille à l'importance des limites et de l'existence d'une séparation entre les individus pour éviter la surprotection pour promouvoir les relations interpersonnelles satisfaisantes entre les membres de la famille;

•Collaborer avec l'ergothérapeute pour enseigner à la cliente les exercices appropriés afin de réduire les comportements compulsifs et d'encourager la modération ;

- Deux situation de PEC :

- PEC d’un accès aigue : en milieu hospitalier .
- PEC au long cours : en ambulatoire .

- Agir sur les fonctions vitales .
- L’isolement de la patiente par rapport à sa famille : En effet, le famille, trop souvent, tolère l’attitude de la patiente face a son alimentation et ignore inconsciemment l’état dramatique et l’urgence du soin . De son coté, la patiente se complait dans cette situation, prenant à partie la famille, ce qui renforce son refus alimentaire et l’attitude provocatrice.

- Un contrat de soins est établi entre la patiente et l'équipe infirmière, afin d'organiser entre les deux protagonistes un autre mode de relation, visant à responsabiliser la patiente vis-à-vis de son état pathologique.

- La fermeté de l'infirmier et le refus de faire des concessions sont des attitudes fondamentales qui laissent une issue favorable possible quant à l'amélioration de l'état pathologique.

- **Faciliter l’ingestion des aliments** :

- Par la présentation des aliments ;
- Prendre en considération les gouts de la patiente ;
- Rester auprès d’elle lors des repas, tenter de les rendre agréables;
- Assurer un climat de confiance;

- Savoir qu'une réalimentation se fait progressivement;
- Dans les cas les plus graves, on procède à une réalimentation par sonde, surveillance et réassurance au moment des repas.

- **Soins techniques et surveillance :**

- Noter les ingésta et les éxcréta tous les jours, et planifier les interventions conséquentes.
- Élaborer une courbe de poids hebdomadaire et informer la patiente du perte ou prise de poids.

- Observer avec vigilance l’état somatique, car une dénutrition entraine des complications somatiques importantes dues au déséquilibre de l’organisme .
- Veiller à la prise du traitement prescrit et garder une attention vis-à-vis des attitudes manipulatrices de la patiente peut déjouer la vigilance du soignant.

- **Soins relationnels :**

- Ne pas cacher à la patiente la détermination de l'équipe désirant atteindre l'objectif d'amélioration de son état physique, dans un souci d'aller vers une prise en charge thérapeutique plus spécifique à sa problématique psychique.

- Procurer un climat calme et rassurant .

- Écouter la patiente en permettant l’expression des sentiments et émotions. Cependant, garder une certain vigilance quand au possible manipulation de la malade, qui tentera l’assouplissement de l’équipe vis-à-vis des objectifs rigoureux.

- Trouver une juste mesure relationnelle entre la fermeté nécessaire lors des repas , et les autres moments de la journée :
- Organiser de courtes promenades dans les jardins de l’hopital;
- Permettre l’expression par le dessin, la peinture.
- Regarder les événements télévisés et en discuter .

- **Travailler en équipe :**

- Il est important que l'équipe se comporte de manière univoque face à la patiente. Ceci afin de ne pas risquer une manipulation affective de la patiente envers l'équipe.
- Les réunions d'équipe permettent des transmissions efficaces entre les différents partenaires médicaux et paramédicaux.

La continuité de soin :

- La prise de poids, le retour des menstruations permettent d’élaborer un plan de soins différent de la phase précédente.

- **Soins éducatifs** :

:

- Rassurer la famille, afin que celle-ci accorde sa confiance à l’équipe soignante.
- Expliquer l’importance de maintenir la séparation famille/patient durant un temps défini.
- Informer régulièrement la famille de l’état d’évolution de la patiente.
- Maintenir un dialogue régulier famille/équipe de soins, durant l’isolement de la patiente.

- **PEC infirmiers devant LA BOULIMIE :**

- Elaborer un entretien d’accueil .
- Vérifier l’hygiène corporelle et assurer un équilibre alimentaire adapté à la personne .
- Surveiller l’élimination intestinale et urinaire .

.

- Préparer et surveiller le repas et le sommeil .
- Prendre les constantes .
- Observer les troubles du comportement .
- Proposer et animer des activités à visée sociothérapique .

- **Soins téchniques:**
- Surveiller les constantes : TS, pouls , T
- Etablir une courbe de diurèse . Limiter la quantité d’eau à 1,5 – 2L/ jour .
- **Soins relationnels :**
- Assurer un climat de confiance ;
- Permettre à la patiente de verbaliser ses sentiments, ses émotions à l’approche d’un accès boulimique .
- Lui permettre de repérer et décrire ses situations

- Encourager la patiente à demander de l’aide, lors de la survenue de sensation de faim, d’angoisse ou d’irritabilité
- Favoriser l’expression de sa peur de grossir et de perdre le contrôle d’elle-même .
- Trouver avec elle les stratégies d’évitement palliant les épisodes boulimiques .

- **Soins éducatifs :**

- Ils concernent la correction des idées erronées concernant les conduites alimentaires :

- Faire appel à une diététicienne ;
- Valoriser les attitudes et initiatives permettant un renforcement de l'image de soi (coiffure, vêtements, maquillage)
- Proposer des activités sportives douces (relaxation, yoga, exercice respiratoire)
- Proposer des activités à visée socio-thérapeutique en vue d'établir des liens avec autrui .

6. EVALUATION

- L'évaluation porte à la fois sur les aspects physiologiques, comportementaux, psychologiques et sociaux;
- Évaluer les réactions physiologiques: suivi des analyses de laboratoire, signes vitaux, du poids et des prises de nourriture et de liquides;

- En observant et en notant les affects, sa participation au programme, ses comportements alimentaires, son interaction avec son entourage et ses réactions avec le personnel;

- Évaluer la réaction psychologique et comportementale au traitement par: l’écoute et l’interaction avec la cliente, interactions individuelles concernant des questions spécifiques, le plan de traitement ou le contrat.

les troubles PSYCHOTIQIUE A CARACTERE AIGUE

LES PSYCHOSE DELIRANTE AIGUE

- La BDA est une psychose délirante aigue, un état oniroide.
- L’éclosion du délire est soudain, de manière polymorphe et transitoire.
- C’est une expérience délirante, vécue avec une conviction absolue.
- C’est une urgence psychiatrique car la symptomatologie est bruyante es le sujet devient dangereux pour lui-même et pour autrui.

- Devant une **BDA** l’hospitalisation s’impose pour contenir tous les troubles comportementaux et pour contenir l’alimentation et établir un diagnostic .

- **Diagnostic infirmier :**
- Altération de la perception sensorielle;
- Perturbation des interactions sociales;
- Perturbation de la sexualité ;
- Perturbation de l'estime de soi ;
- Stratégie d'adaptation individuelle inefficace ;
- Perturbation de la dynamique familiale ;

- **PEC INFIRMIER :**

- Hospitalisation en urgence

- Avoir un nombre du personnels suffisants avant d'entrer en contact avec le patient .

- Garder la distance de sécurité avec le patient .

- Bien accueillir le patient et sa famille, se renseigner sur les antécédents psychiatriques .

- Assurer une atmosphère calme au patient, diminuer l’angoisse du patient et gagner sa confiance.
- Ecarter une réel affection somatique .
- Enlever tous les objets dangereux.
- Isoler le patient et l’installer dans une salle éclairée, calme, proche des infirmiers.

- L’infirmier sera dans une présence personnelle auprès du PT avec une attitude cohérente, claire et ferme .
- Expliquer au patient les décisions prises et les projets de soin.
- Au niveau du service; il faut redonner des repères, aider la personne à retrouver un rythme de vie adapté à la communauté.
- Administrer le TTT et surveiller la tolérance et les effets indésirables, en évaluant l’anxiété .

LES PSYCHOSES PUERPERALES

- Les PP, désignaient classiquement tous les accidents de la grossesse, de la puerpérale et de l’avortement. Actuellement ce terme est réservé aux épisodes du post-partum.
- C’est un état confusionnel accompagné d’un délire aigue et de tr. Thymique, intervient dans la période du post partum entre 3 et 5 jours après l’accouchement.

DIAGNOSTIC INFIRMIER :

- Risque de violence envers soi ou envers les autres.
- Perturbation de l’exercice du rôle parental .
- Stratégie d’adaptation individuelle inefficace .
- Perturbation des habitudes du sommeil .

PEC INFIRMIÈRE :

- Adopter une attitude rassurante et ferme : L'inf doit établir une relation de confiance avec la patiente et faciliter l'expression .
- Installer la patiente dans une chambre calme à proximité du poste de soins.

- Prendre et surveiller les constantes, comportement, signe de dépression, et les risques d’actes hétéro ou auto-agressifs.
- Administrer et surveiller l’efficacité du TTT et repérer les éventuels effets secondaires .

- Il est important d’observer firmament la relation mère-enfant afin de travailler à reconstruire des liens entre la mère et l’enfant à travers la prise en charge quotidienne de nouveau né .
- Aider la patiente à renouer le contact avec l’enfant, avec son environnement, favoriser la réinsertion socio-familiale .
- L’infirmier doit apprécier la régression des troubles et noter les observations sur le dossier de soins infirmiers et les transmettre oralement .

LA CONFUSION MENTALE

- La **confusion Mentale** traduit une souffrance cérébrale qui survient au cours d’un grand nombre d’affections toxiques, Dysmétaboliques et méningo-encéphalitiques .
- Elle se caractérise par une obnubilation de la conscience, une baisse de la vigilance, des troubles de la mémoire et désorientation temporo-spatiale .

- **DIAGNOSTIC INFIRMIER :**

- Risque de violence envers soi et envers les autres .
- Perturbation dans l’exercice du rôle parental ;
- Stratégie d’adaptation individuelle inefficace ;
- Perturbation des habitudes du sommeil ;

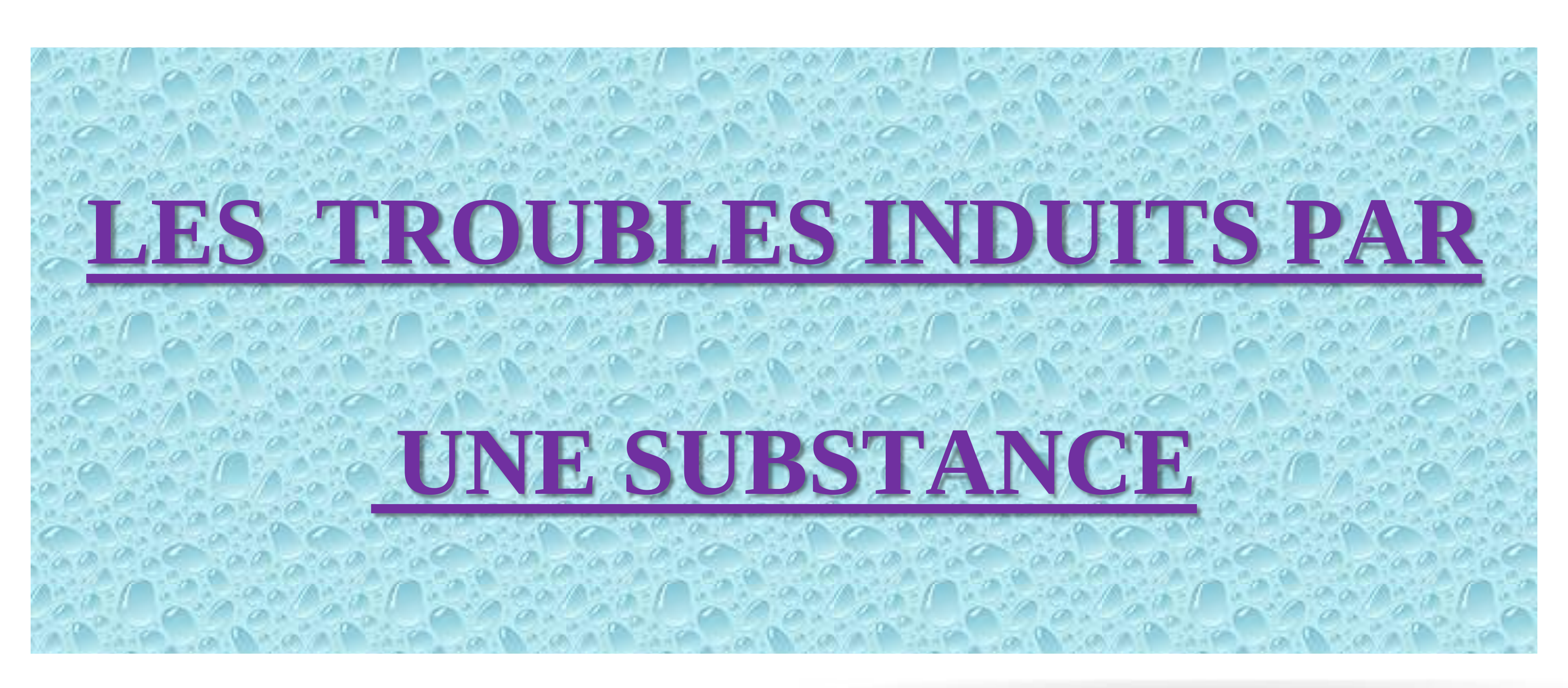
- **PEC infirmière :**

- Instaurer une attitude rassurante et ferme ;
- Eviter la contention qui majore l'agitation ;
- Assurer la sécurité du patient ;
- Assurer une surveillance continue et régulière ;

- Installer la patiente dans une chambre calme, à proximité du post de soins ;
- Prendre le temps d’écouter la patient, lui demander de préciser ses pensées, trouver avec lui le sens de ses paroles .

- Evaluer le retentissement somatique par la prise des constantes vitales : TA, pouls, FR, T, glycémie, ionogramme, NFS, VS ………
- Réhydrater par voie orale et veineuse et corriger les désordres hydro-éléctrolytiques .
- Arrêter tous TTT confusogène .
- Une sédation s’impose en cas d’agitation et des troubles de comportement par les tranquillisants .

- Identifier les signes de dépressions ;
- Repérer les signes de violence ;
- Elaborer en équipe une stratégie de soins ;
- Noter et transmettre les informations ;
- Surveiller la prise du traitement et ses effets ;


LES TROUBLES INDUITS PAR
UNE SUBSTANCE

TOXICOMANIE

- La **Toxicomanie** est l’appétence anormale et prolongée manifestée par certains sujets pour des substances ou des drogues dont ils ont connus accidentellement ou recherché volontairement l’effet sédatif, euphorisant ou dynamisant.
- Cette appétence devient une habitude qui entraine l’augmentation progressive des doses .

1. Collecte de données

- Lors de l'interrogatoire sur l'abus de drogue, l'inf utilise une approche systématique en intégrant les questions à l'histoire générale des substances légales, comprenant les médicaments, les produits vendus sans ou sur ordonnance;

- Les questions spécifiques sur l’usage de la nicotine, caféine, alcool, autres catégories de drogues, sur le premier épisode de consommation, les modes d’usage, la fréquence et la quantité;
- En cas de confirmation de consommation de l’une des drogues, l’inf doit obtenir des informations sur la drogue en question, l’âge du client à la 1ere utilisation, la période de consommation la plus intense dans la vie du client, modes d’utilisation, les antécédents psychosociaux et familiaux et examen de l’état mental;

- Lors de l’examen physique du client, l’inf peut relever des signes d’abus d’alcool ou d’une autre drogue ;

- Pendant le processus d’évaluation, l’inf observe le client et l’interroge sur l’incidence d’accidents et de blessures;

- L’inf devrait évaluer les altérations ou les troubles de la cognition, de la perception sensorielle, des émotions ou du comportement;
- Des outils de dépistage facilitent la détection de la consommation potentielle de drogues .

2. Diagnostic infirmier :

- Les DI sont établis à partir des informations obtenues pendant la phase d'évaluation;

- Stratégies d'adaptation inefficaces
- Dynamique familiale perturbée
- Dynamique familiale dysfonctionnelle
- Alimentation déficiente ou excessive
- Opérations de la pensée perturbées
- Risque de trauma
- Risque de violence envers soi ou envers les autres

<u>3. Résultats escomptés</u>

- Ils sont déterminés à partir des DI, les résultats escomptés sont les réponses que le client devra fournir;
- <u>Le client</u>:
- maintiendra ses signes vitaux dans les limites normales
- Présentera une réduction des pensées délirantes, une absence d'hallucinations et une absence d'idées de suicide ou d'homicide

- Maintiendra une hydratation liquidienne normale
- Ne souffrira pas de convulsions
- Déclarera se sentir en sécurité dans son environnement
- Déclarera ressentir une réduction des symptômes de sevrage;
- Participera aux activités thérapeutiques (ind ou de gpe) du plan de TTT;

- Aura un régime équilibré comportant suffisamment de calories pour remplir les besoins nutritionnels prescrits;
- Exprimera le besoin de contacter les membres de la famille ou des proches, pour obtenir du soutien;
- Analysera les facteurs qui peuvent faire obstacle au plan du TTT;

- Fixera des buts réalistes de réadaptation ;
- Verbalisera le fait que la guérison est un processus continu qui s'opère au jour le jour;
- Verbalisera la capacité à dormir sans sédatifs;
- Exprimera le désir d'établir des relations avec des amis qui ne boivent pas et évitera les situations qui, auparavant, impliquaient la consommation d'alcool.

4. Planification

- L’inf doit mettre au point un plan prenant en compte les besoins de la personne à long terme;
- Les soins sont basés sur les données collectés et sur les buts à long terme du TTT et des soins de suivi;

- La collaboration entre l’inf, client, famille et équipe soignante est essentielle pour la mise au point et la révision du plan de soins;.

5. Exécution

- Le plan de soins consiste à soulager le client des symptômes et des complications dus au sevrage, lui fournir le soutien nutritif nécessaire, l'aider à gérer sa colère et sa violence, lui procurer un soutien pour augmenter son soutien, pour augmenter son estime de soi, l'aider à fixer des objectifs, rétablir sa relation avec ses proches, lui fournir des ressources pour une réadaptation professionnelle.

5. Exécution

Les interventions de soins infirmiers	
•Surveiller les signes vitaux du client tout en observant les signes et les symptômes de surdose, de sevrage •Évaluer les symptômes physiologiques et psychologiques du sevrage et les effets de médicaments prescrits pendant le processus de sevrage afin de fournir un TTT sur et efficace	•Aider le client à satisfaire ses besoins nutritionnels soit par voie orale ou par oie veineuse afin d'assurer une hydratation adéquate •Adresser au besoin le lient à un nutritionniste afin d'assurer des soins •Augmenter l'apport en glucides afin de diminuer les besoins du client pour des psychotropes et satisfaire ses besoins oraux

Les interventions de soins infirmiers

•Commencer les interventions thérapeutiques pour traiter les symptômes de sevrage •Fournir un soutien psychologique au client, à la famille et aux proches •Fournir un environnement sur, non menaçant pour le client qui est en sevrage , en raison de la possibilité d'illusions, de délires ou d'hallucinations pendant le sevrage; danger pour soi et pour les autres : crises épileptiques	•Commencer le TTT de substitution à base de vitamines et de minéraux •Fournir un soutien au client en étant sensible au déni, établir une relation empathique avec le client qui nie avoir un problème de consommation abusive •Traiter les complications secondaires dont souffre le client en raison de l'abus d'alcool ou de drogue

Les interventions de soins infirmiers

•Établir une relation empathique au moyen d'interactions individuelles ou en groupe pour aider le client à améliorer son estime de soi, et régler ses sentiments de culpabilité •Encourager le client à établir, à rétablir ou à renforcer les liens avec ses proches en utilisant différents moyens comme le jeu de rôle, un environnement calme et approprié pour rencontrer sa famille	•Encourager la famille à être flexible et patiente au sujet de la participation du client aux groupes de soutien •Informer le client, la famille et les proches sur le danger d'abus de psychotropes et sur les aspects préventifs

Les interventions de soins infirmiers	
•Encourager le client à remettre en question ses idées irréalistes dans un programme structuré et soutenu, fournir des informations sur drogue et abus des drogues au client et à sa famille •Aider le client et la famille à participer pleinement aux groupes de soutien pour ne plus consommer de l'alcool	•Aider le client à constituer un réseau de soutien social en le mettant en contact avec les organismes communautaires où il peut trouver à se loger, à se faire des amis et à acquérir la force intérieure qui l'aidera pendant le processus de guérison

- Surveillance accrue de la conscience et des constantes .
- Surveillance de l’état d’hydratation.
- Mise en œuvre de l’isolement .
- Etablir une relation de confiance par l’usage de la parole et du temps passé auprès du patient .
- Eviter tout rapport de force .

- Rassurer le patient par rapport à son état de manque et essayer de différer ses demandes .
- Attention è la manipulation .
- Informer la famille des possibles rechutes du pt .
- Prévenir la famille de l’importance de son soutien , après la cure de sevrage et l’informer de l’importance de suivie

- Avant l’arrivée d’une visite, dialoguer avec le patient sur la mesure prise par le corps médical .
- **Contrat de soins** : Il reste un support indispensable du soin, pour les deux parties qu’ont posé leur accord garantissant l’objectif espéré : l’arret du toxique et la continuité des soins .

- Objectif :
- Responsabiliser le patient devant sa décision initiale ;
- Poser des limites aux tentatives de manipulation de l’équipe par le patient .
- Univocité de l’attitude thérapeutique de l’équipe soignante .

- En cas de transgression du contrat, il est important d’en parler avec le patient. Lui rappeler qu’une rupture de ses engagements entraine une rupture de soins .
- L’équipe doit accepter l’échec, si le patient transgresse fréquemment le contrat de soins .
- Savoir que la fermeté de l’équipe devant une tentative de transgression peut véritablement aider le patient.

- Ne pas hésiter à apporter un soutien psychothérapique, en valorisant les projets futurs et construits que le patient tente d’élaborer, positivant sa demande réelle de stopper la drogue .
- Proposer des groupes de parole, favorisant la relation du pt avec d’autre pts.

6. Evaluation

- Le but est de mesurer les changements survenus à la suite des interventions thérapeutiques;

- L'inf observe les changements de comportements et les réponses au TTT;

- La résolution de la phase aigue n’est que la première étape vers la guérison;

- Le succès de processus de rétablissement et de réadaptation dépend de plusieurs facteurs, y compris l’accès aux groupes de soutien , continuation des soins, du soutien de la famille, de la réadaptation professionnelle et du soutien de la communauté.

L'ALCOOLISME

- **L'Alcoolisme** est la consommation excessive d'alcool développant chez le sujet une double dépendance: physique et psychique .

- DIAGNOSTIC INFIRMIER :
- Déficit nutritionnel lié à la substitution des aliments par l’alcool.
- Difficulté à se maintenir en bonne santé .
- Risqua de violence envers soi et envers les autres.
- Isolement social lié à des modes de comportement inadéquats.
- Perturbation de la dynamique familiale due à l’incapacité de la cellule familiale de satisfaire les besoins affectifs de ses membres.
- Perturbation des interactions sociales à cause d’un dysfonctionnement cognitif .

- Dysfonctionnement sexuel du à la consommation excessive d’alcool. L’infirmier installe le patient dans une chambre seule; faiblement éclairée pour réduire l’anxiété du patient.

Aider le patient à reconnaitre qu'il est atteint d'une pathologie chronique et à accepter l'idée d'une abstinence définitive.

Favoriser l'expression et lui organiser des activités planifiés.

L'encourager, le stimuler; le valoriser .

Le ramener à la réalité .

L'aider à faire un projet de vie en prenant des décisions responsables

Dédramatiser la rechute.

- Soins techniques :
- Prise des constantes .
- Administration du traitement prescrit ;
- Apport hydrique et calorique aux résultats biologiques ;
- Une courbe de diurèse ;
- Soins relationnels :
- L'infirmier doit être accueillant;
- Il doit expliquer les soins pratiqués.
- Soutenir le pt tout au long de la cure.
- Etre attentive à sa souffrance psychique et déculpabiliser.

- Surveillance :

- L’infirmier surveille étroitement le patient et assure sa sécurité en évitant chaque fois que ce la possible l’utilisation de la force de la contention.
- Il contrôle l’apparition éventuelle des nausées, vomissements, diarrhée, ……
- Il surveille également l’état de conscience: la respiration du pt.

LES TROUBLES PSYCHOTIQUES A CARACTERE CHRONIQUE

<u>LA SCHIZOPHRENIE</u>

La **SZP** est une affection chronique caractérisé par la présence de symptômes psychotiques variés et multiples.

C’est une pathologie très lourde qui touche les jeunes entre 16 et 35 ans .

- Idées délirantes,
- hallucinations,
- discours désorganisé (passage du coq à l’âne);
- comportement très désorganisé;
- Persécution;
- Bizarrerie de comportement;
- Négligence corporo-vestimentaire;
- Détachement de la réalité;

- Discordance;
- Repli sur soi;
- Stupeur : retard psychomoteur;
- Excitation psychomotrice;
- Immobilité motrice;
- Mutisme;
- Automatisme mentale;

1. Collecte de données

- La collecte objective s'effectue en observant, et en vérifiant:

➢ les indicateurs biologiques

➢ les données psychologiques, et l'examen de l'état mental (apparence générale, processus de pensée, perception, mémoire, fonctionnement intellectuel, sentiments, l'humeur, jugement, connaissance de soi)

2. Diagnostic infirmier

- Communication verbale altérée
- Stratégies d'adaptation inefficaces
- Interactions sociales perturbées
- Dynamique familiale perturbée
- Déficit de soins personnels: se laver, se vêtir et soigner son apparence, s'alimenter, utiliser les toilettes

- Trouble de la perception sensorielle
- Isolement social
- Opérations de la pensée perturbées
- Risque de violence envers soi
- Risque de violence envers les autres
- Anxiété

- Difficulté à se maintenir en bonne santé .
- Perturbation de l’estime de soi .

3. Résultats escomptés

- diminution considérable de ses hallucinations et de ses idées délirantes;
- Ne manifestera aucun comportement agressif, violent et automutilant;

- S’occupera de son hygiène et de son apparence personnelle;
- Entretiendra des contacts sociaux avec ses compagnons et le personnel et participera aux réunions de groupe;

- Se conformera au régime thérapeutique et exprimera sa compréhension du rôle des médicaments dans le soulagement des symptômes psychotiques;

- Participera avec sa famille à la planification de sa sortie de l’hôpital.

4. Planification

- Le rôle de l’inf consiste à préparer le patient et sa famille en leur expliquant la logique des interventions et en les aidant à suivre le TTT.

- Le plan de TTT devrait être axé sur la socialisation, en faisant participer le patient à des activités qui l’aident et qui ne sont pas menaçantes, tout en lui fournissant une information sur l’idée qu’il se fait des autres.

5. Exécution

- Il faut faire participer le patient et sa famille à la démarche thérapeutique, en expliquent et en justifiant toutes les interventions .

- Dans ce cas, l’inf devra sans doute établir une solide relation thérapeutique avant que ses interventions bien intentionnées ne soient acceptées.

- On doit également porter attention à la situation économique de la famille: coûts que pourraient entrainer l’exécution du plan de soins (médicament, psychothérapie, régime alimentaire…).

- Évaluer et faire le suivi des facteurs de risque pour prévenir la violence et promouvoir la sécurité du patient et des autres;
- Réduire les stimulais de l’environnement pour recréer un milieu qui permet d’apaiser l’impulsivité et l’agitation du patient.

- S’exprimer de façon concrète et claire en évitant les remarques abstraites.
- Tenter de découvrir les facteurs déclenchant qui aggravent les hallucinations du patient;
- Encourager le patient en mettant en valeur ses perceptions fondées sur la réalité, ses interactions sociales adéquates et sa participation aux groupes;

- Enseigner au patient et à sa famille les symptômes, l’importance de l’observance du TTT pour éviter els rechutes;
- montrer au patient la nécessité du traitement.
- Contrôler la prise du TTT et surveiller les EI.
- Distraire le client des idées délirantes et renforcer le contact avec la réalité

- Accompagner le patient aux activités de groupe, en commençant par les plus structurées et les moins menaçantes pour augmenter les habiletés sociales;
- Aider le client à faire sa toilette, à s’habiller et à soigner son apparence jusqu’à ce qu’il puisse le faire de manière indépendante.

- Passer quotidiennement plusieurs moments avec le patient, en instaurant une ambiance détendue, afin de favoriser son intégration au sein de la collectivité

- Renforcer l’estime de soi du patient pour réduire son isolement.
- Adopter un modèle de comportement qui favorise les contacts visuels lors des interactions, en maintenant une distance sociale adéquate et une attitude calme, afin d’aider le patient à prendre conscience des comportements sociaux adéquats.

- Respecter tous les rendez vous avec le patient pour établir une relation de confiance(renforcement d'estime de soi) .

- Écouter attentivement la famille du patient, pour exprimer leurs craintes et leur anxiété relative à la maladie mentale.

- Apportant de l’aide,(avec empathique) et en insistant sur les habiletés du patient pour permettre l’expression des émotions réprimés ce qui redonne de l’espoir et renforce les liens affectifs entre la famille.

6. Évaluation

- L'évaluation se base sur les notions de qualité, de quantité et de temps

- Un objectif comportemental de départ pourra se lire ainsi: « le deuxième jour (temps) de son arrivée dans l’unité, Ali accompagnera l’inf au groupe de discussion (qualité), et il restera 15 minutes (quantité) avec le groupe.

- Ces critères sont observables et mesurables;
- Si l'évaluation montre qu'au 2ème jour les objectifs ne sont pas atteints, les résultats du patient et les interventions de l'infirmier doivent être réexaminés et même reformulés.

PSYCHOSE PARANOIQUE

- Les psychoses paranoïaques font partie des groupes des psychoses chroniques non dissociatives .
- Elle est caractérisé par un délire chronique systématisé survient sur une personnalité paranoïaque .
- Les délires paranoïaques ne répondent pas, ni bien ni rapidement aux NLP.

- Il existe 3 types de délire paranoïaque :

- Délire paranoïaque d’intérprétation de sérieux et cap Gras.
- Délire de relation ou paranoïa sensitif (Kretschmer).
- Les délires passionnels .

- **DIAGNOSTIC INFIRMIER :**

- Peur liée à la perception de menaces revenant de l’entourage.
- Stratégies d’adaptation individuelles inéfficaces, dues ç l’incapacité de faire confiance à autrui.
- Risque de non-observance thérapeutique liée au déni du problème .

- Aménager une distance en maintenant un lieu sécurisant.
- Respecter le délire en parlant avec le patient, sans peur sans angoisse.
- Etablir une relation de confiance et d’écoute .
- Identifier les traits particuliers du délire paranoïaques.

- Observer discrètement le comportement adapté ou non du patient.
- Repérer les mécanismes de délire paranoïaque .
- Identifier les thèmes du délire qui seront déterminer par l’attitude du pt.
- Apprécier la conviction délirante.

- Aider le pt à identifier des moyens plus sains de satisfaire ses besoins .
- Appliquer et surveiller les traitements médicamenteux.
- Eviter les comportements que le patient pourrait interpréter comme dissimulateurs ou mensongers.

- L’inf propose au pt des activités, pour qu’il centre son intérêt sur d’autre pole que son délire. Mais ses activités sont difficiles à émettre en place, compte tenu du fait que le pt est soigné contre sa volonté.

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

- Il s’agit d’un délire chronique, se caractérise par l’importance des mécanismes hallucinatoire. Elle apparait plutôt chez l’homme 30 à 40 ans que chez les femmes.

- **DIAGNOSTIC INFIRMIER :**

- Risque de violence envers soi ou envers les autres.
- Anxiété.
- Perturbation de l’exercice du role parental .
- Stratégie d’adaptation individuelle inefficace .
- Perturbation des habitudes du sommeil .

- Aménager une distance en maintient un lieu sécurisant.
- Respecter le délire en parlant avec le pt, sans peur sans angoisse.
- Etablir une relation de confiance et d'écoute.

❖ <u>L'inf doit</u> :

- Relever et consigner les constantes.
- S'assurer de la prise effective du TTT.
- Préparer et donner les préscrits.

- Soins relationnels :

- La juste mesure de la relation soignant-soigner est la première prise en compte de l’équipe soignante, si inquiétude excessive, face au symptômes.

LA MELANCOLIE

- Dépression grave, sévère, caractérisée par un important risque suicidaire, qui affecte toute la vie du sujet .

- Elle se caractérise par une douleur morale .
- Inhibition psychique, psychomotrice avec ralentissement avec aboulie .
- Perturbation des fonctions biologiques : insomnie, anorexie.
- Conduites suicidaires.

- **DIAGNOSTIC INFIRMIERS** :

- Altération de la communication verbale.
- Altération de la mobilité physique.
- Fatigue.
- Altération des opérations de la pensée.
- Sentiment d’impuissance.
- Perte d’éspoir .
- Perturbation de l’estime de soi.

- Perturbation dans l’exercice du role.
- Perturbation de la dynamique familiale.
- Perturbation des habitudes du sommeil.
- Isolement social.
- Incapacité partielle ou totale à s’alimenter .
- Incapacité partielle ou totale à effectuer ses soins d’hygiène.

- **Les Actes Infirmiers:**

- Relever les expressions orientant vers une mélancolie :

- Le ralentissement des activités physiques;
- La baisse du rendement intellectuel;
- Des troubles du comportement;

- Observer les signes de la mélancolie : aspect figé, tête fléchie, visage triste ……
- Surveiller la qualité de l'humeur.

- Apprécier le risque suicidaire :

- Le désir et le recherche de la mort étant constants chez le sujet mélancolique, accroitre la vigilance aux premières heures de la matinée qui sont le plus à redouter ;

- Etablir une relation soignant-soigné fondée sur la confiance et le réconfort :

- o Permettre l’expression de la douleur.
- o Exercer un écoute attentive,
- o Surveiller le traitement médicamenteux et noter ses effets indésirables.

PSYCHOPATHIE

- Il s’agit de troubles du comportement qui, dans la classification di DSM4 apparaissent, dans la rubrique – personnalité antisociale – qui se manifestent par le l’agressivité, une délinquance, un non respect des loi.

- Les traits de la personnalité psychopathe apparaissent dans l’enfance dès le début de sa scolarité, le sujet est instable, opposant, désobéissant, la biographie est un élément essentiel, car elle permet de repérer les troubles précoces résultant dans la plupart des cas d’une carence affective.

- Le psychopathe est sujet à l’ennui. Il cherche risques, l’aventure, l’évasion et le changement du milieu.
- Transgression de la loi : les insatisfaction du sujet psychopathe l’amener à développer des conduites de risques : délits, dettes, toxicomanie.

- Impulsivité instabilité affective :
- Le psychopathe présent des troubles coléreux, irritabilité, agressivité. Sous une apparence forte. le sujet donne l'impression d'etre à l'aise, pourtant il est faible, avec une affectivité marqué par une hyperactivité qui se traduit par des explosions d'angoisse, d'émotion, d'excitation motrice.

DIAGNOSTIC INFIRMIER :

- Stratégie d’adaptation individuelle inefficace .
- Risque de violence envers soi et envers les autres .
- Risque de perturbation dans l’exercice de rôle.
- Perturbation des interactions sociales.

- ACTES INFIRLIERS :
- S’adapter à la situation;
- Etablir un climat de confiance;
- Faire preuve de la diplomatie pour ne pas frustrer le patient.
- Etre disponible, à l’écoute et tolérant.
- Prévenir l’agitation et le passage à l’acte.
- Contrôler sa peur et ses émotions face à ces sujets.

- **Soins relationnels :**

- L’infirmier doit donner un sens aux actes par la parole, il évalue les limites de la sociabilité du patient et maintient une certaine fermeté dans la relation sans rigidité en évitant de répondre à la violence par une contre agressivité.

- **Soins sociothérapies :**

- Des activités variées sont proposées au sujet des activités physiques visant à calmé l’agressivité, la violence potentielle, des activités d’expression qui peuvent permettre la verbalisation de l’angoisse toutes ces activités doivent se faire avec beaucoup de vigilance et en équipe multidisciplinaire.

Delirium, démence, amnésie et autres troubles cognitifs